

Année 1923

THÈSE

N^o

159

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE LUCCIARDI

Né le 13 Mars 1891, à Santo-Pietro-di-Tenda (Corse)

La valeur diagnostique de la recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations au Dispensaire

Président de thèse : M. le Professeur LÉON BERNARD

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

0121

159

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

180

THE HISTORY OF THE
ART OF MEDICINE
IN THE
MIDDLE AGES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE LUCCIARDI

Né le 13 Mars 1891, à Santo-Pietro-di-Tenda (Corse)

La valeur diagnostique de la recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations au Dispensaire

Président de thèse : M. le Professeur LÉON BERNARD

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
N...
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALHAZARD.
MENÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	REITTERER.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIERE.
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEU-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DEBRÉ.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE CHARLES

A LA MEMOIRE
DE MON ONCLE ANTOINE LUCCIARDI

A MON FRERE

A MON ONCLE JEAN-PHILIPPE LUCCIARDI

A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MADAME MADELEINE DESSERTENNE

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEON BERNARD

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage de très respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune, grâce à l'obligeance de notre Maître, le Docteur Rist, médecin de l'Hôpital Laënnec, de suivre le fonctionnement du Dispensaire Léon Bourgeois et nous avons été frappé de la grande utilité, des services inappréciables que peut rendre un tel établissement. Nous avons pensé qu'une étude sur le fonctionnement de cet organe principal de notre « armement antituberculeux », selon l'expression de M. le Professeur Léon Bernard, sur les résultats qu'on y obtient au point de vue du diagnostic méritait de servir de sujet à notre thèse inaugurale. Nous sommes très reconnaissant à notre Maître de nous avoir inspiré un tel sujet et de nous avoir montré en toutes circonstances une si grande bienveillance.

CHAPITRE I

Un Dispensaire n'exerce sa fonction prophylactique, médicale et sociale qu'à une condition, c'est d'être un instrument de diagnostic précis. Il est facile de comprendre les inconvénients qu'il y a à méconnaître un cas de tuberculose pulmonaire. Aucune mesure prophylactique ne viendra s'opposer à la contagion que le malade sèmera autour de lui. Ignorant la nature de son mal et les dangers qu'il fait courir à son entourage par son expectoration, il contaminera sa famille, particulièrement les enfants, et il aura aussi répandre la contagion au dehors. De plus, cet individu dont la maladie aura été ainsi méconnue ne sera pas traité efficacement, et pendant ce temps ses lésions n'auront fait que progresser. Or ne savons-nous pas combien il est important de traiter les lésions tuberculeuses avant qu'elles ne soient étendues; ne savons-nous pas que si nous avons quelques chances de pouvoir arrêter l'évolution d'une tuberculose pulmonaire c'est surtout à la condition qu'elle ne soit ni trop ancienne ni trop étendue ? Toute perte de temps est donc préjudiciable au malade; il faut faire un diagnostic précoce pour pouvoir instituer un traitement efficace.

De même, si on fait indûment le diagnostic de tuberculose, les inconvénients ne sont pas moins graves. On impose de ce fait au Dispensaire, au corps social, des dépenses inutiles; l'effort des mesures prophylactiques est complètement inutile; c'est de l'argent et du travail perdus, choses qui ne sont certainement pas négligeables. Mais ces dépenses matérielles ne sont pas tout. Nous ne connaissons en effet contre la tuberculose aucun traitement spécifique comme nous en avons contre certaines maladies infectieuses : quinine dans le paludisme, sérum dans la diphtérie, arsenicaux et mercure dans la syphilis. Les mesures que nous sommes obligés de prendre ont des conséquences graves. Si c'est un chef de famille, par exemple, le repos complet auquel il sera obligé de s'astreindre l'empêchera de gagner sa vie et par là même la vie de ceux qui l'entourent. C'est ainsi qu'un diagnostic erroné de tuberculose peut bouleverser des familles, briser des ménages, empêcher un mariage, interdire la maternité à une jeune femme. Il suffit à faire abandonner à un jeune homme ses études, à un homme fait sa carrière, à faire exempter à tort un citoyen du service militaire, enfin à obliger des gens à mener pendant longtemps la vie oisive et improductive des sanatoria. Pour celui qui connaît les sacrifices et les dépenses considérables, les renoncements parfois douloureux, le bouleversement complet de l'existence matérielle et morale qu'entraîne pour un tuberculeux le traitement de sa maladie, il ne paraîtra pas exagéré de vouloir que cette étiquette ne soit

pas collée à la légère et d'exiger que ce diagnostic soit fondée sur une preuve indiscutable.

Il n'est donc pas douteux que si le Dispensaire peut être éminemment bienfaisant, il peut aussi faire du mal s'il ne parvient pas à établir un diagnostic précis.

CHAPITRE II

Ce diagnostic, qui est la chose essentielle, qui doit être la tâche primordiale sinon finale, pouvons-nous le faire, et comment allons-nous le faire ? On pourrait croire que c'est là une chose aisée et que nous enfonçons des portes ouvertes en voulant montrer quelles sont, selon nous, les voies les plus sûres pour nous conduire au but, mais l'étude que nous avons faite au Dispensaire Léon Bourgeois nous a montré que ces portes, loin d'être ouvertes, sont encore pour beaucoup trop souvent fermées.

Il existe plusieurs éléments qui concourent à l'établissement du diagnostic de tuberculose pulmonaire, ce sont : les symptômes fonctionnels et généraux, les signes physiques, les signes radiologiques et enfin la recherche du bacille de Koch dans les expectorations. Tous ces éléments sont utiles, mais, suivant que l'on accorde une plus grande importance à l'un ou à l'autre, on peut arriver à des résultats différents. Certains médecins vivent encore sur les idées de Gran-cher dont la théorie était universellement admise il y a une vingtaine d'années. Cette théorie, que l'on enseigne encore dans les écoles et dans les livres,

disait en résumé ceci : La tuberculose pulmonaire est due à l'infection du poumon par le bacille tuberculeux. Une lésion microscopique se produit qui siège presque toujours au sommet et qui se développe lentement. Il y a une phase de germination, très souvent latente, à laquelle succède une période de conglo-mération, puis une période de ramollissement et enfin une période d'excavation. Il importe de faire le diagnostic à la première période, au moment où les tubercules très petits, ayant envahi le tissu pulmonaire sain, ne sont pas encore ramollis et ne déversent pas de bacilles dans les bronches. A cette période on ne peut donc trouver de bacilles dans les expectorations, le diagnostic doit se faire par la percussion et surtout par l'auscultation qui fera entendre soit la diminution du murmure vésiculaire, soit une inspiration rude et basse, signes dûs au rétrécissement que le jeune tubercule produit sur la bronchiole acineuse. Si quelques signes fonctionnels comme la toux, quelques symptômes généraux comme l'amaigrissement voire même quelques phosphates dans les urines, font partie du tableau clinique on pourra faire un diagnostic de tuberculose pour peu que la percussion et l'auscultation décèlent les signes que nous avons cités plus haut. On ne s'embarrassera pas d'un examen radiologique dont l'interprétation pourra être souvent malaisée, et bien entendu on ne saurait exiger que l'on trouve des bacilles dans les expectorations puisque, à ce stade, les lésions sont fermées.

Cette théorie de Grancher n'est pas conforme à la

réalité, les recherches contemporaines, les travaux de Bezançon et Brunel de Serbonnes en particulier, ont montré que l'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'adulte se fait par poussées pneumoniques successives. Lorsque nous assistons à un début de tuberculose chez l'adulte, nous n'assistons pas à un *début réel* mais à un *début évolutif*.

Nous savons tous que chez les hommes menant la vie des grandes villes, la première infection tuberculeuse est apparue sous forme de chancre d'inoculation avant l'âge de 15 ans et dans la proportion de 97 %. C'est de cette lésion de première infection, que notre organisme a pu maîtriser, qui est éteinte, mais reste cependant virulente, que partiront les poussées évolutives de l'adulte. « Nous croyons que ce début est toujours constitué par une poussée pneumonique d'une étendue assez importante d'emblée et à tendance ulcéreuse extrêmement rapide » (1). Cette première poussée pneumonique peut produire des lésions plus ou moins étendues et il semble aussi qu'il y ait un rapport entre l'étendue de ces lésions et la tendance évolutive. Ces lésions peuvent régresser complètement, ce qui est l'exception, mais le plus souvent les foyers subissent soit l'excavation soit la sclérose. La caséification du foyer pneumonique s'observe rarement à l'autopsie; chez l'adulte, ce stade de caséification semble très court.

« L'expérience radiologique des débuts de la tuber-

(1) RIST et AMEUILLE : La Pneumonie tuberculeuse (*Paris Médical* du 7 janvier 1922).

culose montre avec quelle rapidité les lésions pulmoniques s'excavent : en quelques jours, presque en quelques heures, de sorte qu'il y a à peine place pour un stade intermédiaire de caséification » (1). L'excavation apparaît donc rapidement, c'est ce qui nous explique que les crachats soient si précoces et contiennent des bacilles aussi précocement.

Chaque poussée évolutive ultérieure se fera suivant le même type de pneumonie tuberculeuse que la poussée initiale, ces poussées pourront être subintrantes ou espacées souvent par de longues années. Cette succession de poussées évolutives finira par envahir tout le parenchyme pulmonaire et sera la cause de la mort, à moins qu'il ne survienne une granulie ou des accidents intercurrents.

Il n'y a pas que l'anatomie pathologique qui ait servi à réfuter la théorie de Grancher, mais deux grandes découvertes modernes y ont également contribué; ce sont : la cuti-réaction tuberculinique et les Rayons X.

C'est grâce à la cuti-réaction à la tuberculine que nous savons qu'à l'âge de quinze ans nous sommes tous, ou presque, des infectés tuberculeux. Dans la première enfance nous payons souvent un lourd tribut à la tuberculose par la granulie ou la méningite; dans la seconde enfance nous résistons mieux et la plupart d'entre nous arrivent ainsi à l'âge adulte sans présenter de signes cliniques de tuberculose. Si une fois

(1) Loc. cit.

adultes nous devenons tuberculeux, c'est que nous avons fait une réinfection d'origine exogène ou endogène, ou que nous avons reçu une inhalation massive de bacilles. Notre immunité acquise peut avoir fléchi, comme cela s'observe à la suite de certaines maladies infectieuses telles que la rougeole, la coqueluche, la grippe épidémique, ou à la suite de certains états physiologiques comme la gravidité et la puerpéralité. C'est tout ce que nous savons sur les causes déterminantes de la tuberculose maladie, c'est peu, il faut l'avouer. On a voulu faire jouer aussi un rôle à l'alcoolisme, mais il semble bien que l'on est allé trop loin.

Puisque la cuti-réaction nous montre que 97 % d'entre nous ont subi l'infection tuberculeuse, il n'y a aucun intérêt du point de vue diagnostique à dépister la phase de germination. « Ce qu'il faut dépister c'est le début de la réinfection victorieuse, c'est le moment où l'*infecté tuberculeux* que nous sommes quasiment tous devient un *malade tuberculeux* » (1). Pour faire cette discrimination le meilleur moyen est la recherche des bacilles dans les expectorations; les autres moyens de laboratoire (séro-agglutination, déviation du complément) n'ayant pas fait leurs preuves.

La radiologie a également changé notre attitude envers la théorie de Grancher. En effet elle ne nous a pas montré la phase de germination, et au début

(1) E. RIST : L'évolution du diagnostic de la tuberculose pulmonaire depuis Laënnec jusqu'à nos jours (*Gazette médicale de Nantes* du 15 novembre 1921).

on avait parlé de sa faillite. « Certains esprits frondeurs s'avisèrent de penser que si la radiologie ne nous montrait rien c'est que probablement il n'y avait rien. En effet les rayons nous montrent constamment des condensations, des cavités, des pleurésies interlobaires, des néoplasmes, des kystes hydatiques, des pneumonies centrales, alors que l'auscultation et la percussion demeurent sourdes et inutiles; pourquoi n'auraient-ils pas révélé les densifications de la tuberculose apexienne à ses débuts si ces densifications étaient assez volumineuses pour modifier d'une façon appréciable à l'oreille le son de percussion et le murmure vésiculaire ? » (1). Il semble donc que cette période de germination, ce stade de tuberculose fermée, qui, d'après Grancher, précède obligatoirement la tuberculose ouverte, n'existe pas.

(1) Loc. cit.

CHAPITRE III

Maintenant que nous connaissons le mode d'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, voyons la valeur que l'on doit accorder à chacun des éléments qui concourent à l'établissement du diagnostic.

VALEUR DES ANTÉCÉDENTS. — Il est bien établi aujourd'hui, grâce à la thèse de Kuss (1), qu'il n'existe ni hérédité de graine ni hérédité de terrain; les cas de tuberculose parmi les ascendants n'ont pas l'importance qu'on a coutume de leur accorder. De même, parmi les antécédents personnels, le fait de s'enrhumer tous les hivers, ce qui est une chose fort commune, ne doit pas suffire à nous faire soupçonner la tuberculose; les seules maladies antérieures qui méritent de retenir notre attention sont une pleurésie a frigore ou certains états anergisants comme la rougeole, la grippe épidémique, un accouchement récent.

VALEUR DES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET FONCTIONNELS. — L'aspect extérieur du malade n'a souvent qu'une va-

(1) G. Kuss : De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine (*Thèse de Paris*, 1898).

leur très restreinte; on peut voir certains individus chétifs, la poitrine aplatie, rester toute leur vie indemnes de tuberculose, alors que certains athlètes font contre toute attente de redoutables évolutions tuberculeuses.

Les symptômes fonctionnels et généraux doivent orienter notre esprit vers l'hypothèse d'une affection des voies respiratoires, mais aucun de ces symptômes n'est pathognomonique de la tuberculose pulmonaire. Voici ce que M. Rist disait à ce sujet dans un exposé fait au Congrès de l'Association médicale britannique, à Glasgow, en juillet 1922 : « Les symptômes ont leur rôle légitime dans le processus mental qui conduit à un diagnostic. Loin de moi l'idée de faire fi de leur valeur qui est grande. Ils sont l'indispensable point de départ de notre voyage. Mais on oublie parfois, semble-t-il, que le voyage lui-même est tout aussi indispensable. En fait il n'existe pas un symptôme, pas un ensemble de symptômes que la tuberculose n'ait en commun avec d'autres maladies. La perte de l'appétit, du poids, des forces, l'oppression, la toux, l'expectoration, la fièvre, tout cela fait partie du tableau symptomatique de maladies nombreuses et fort disparates. Même ces températures subfébriles après l'exercice musculaire, que l'on regarde comme pathognomoniques, s'observent communément dans toutes sortes d'infections chroniques ou subaiguës plus ou moins latentes, l'appendicite chronique par exemple, ou la salpingite, ou la sinusite maxillaire. On peut même l'étudier dans certains états morbides qui n'ont

rien d'infectieux, comme la maladie de Basedow. L'hémoptysie est très généralement regardée comme un symptôme presque infaillible de tuberculose. Nous savons bien pourtant qu'elle survient dans toutes les affections en foyer que l'on peut observer dans le poumon en dehors de la tuberculose : la syphilis, le cancer, le bronchiectasie, la gangrène, l'abcès, le kyste hydatique. On connaît aussi la valeur diagnostique de l'hémoptysie dans le rétrécissement mitral et l'endocardite infectieuse, sans parler des hémorragies parfois très profuses qui proviennent de papillomes, ou d'épithéliomes laryngés, ou encore de varices pharyngées ou trachéales ».

VALEUR DE LA PERCUSSION ET DE L'AUSCULTATION.

Lorsque nous constatons de la matité étendue d'un sommet avec une diminution notable du murmure vésiculaire, des râles humides augmentés par la toux et ne se déplaçant pas après elle, nous pouvons affirmer l'existence d'une condensation pulmonaire en voie de ramollissement, mais nous ne pouvons affirmer la nature de la lésion car la percussion et l'auscultation ne nous montrent que des modifications physiques. La matité peut être occasionnée par un épaississement pleural adhérentiel consécutif à une affection ancienne guérie; elle peut aussi être occasionnée par une atélectasie pulmonaire consécutive à une obstruction bronchique, et même par des asymétries musculaires ou squelettiques du thorax.

L'auscultation ne nous renseigne pas toujours exac-

tement. P. Ameuille (1) a établi que : « 1° une lésion pulmonaire ne peut donner de signes stéthacoustiques, à moins d'avoir une étendue assez importante, c'est ce qu'on peut appeler la *Loi du volume minimum*. 2° Une lésion pulmonaire située trop loin de l'oreille qui ausculte, qu'elle en soit séparée par une trop grande épaisseur de poumon sain ou une trop grande épaisseur de paroi thoracique, peut être inaudible, c'est la *Loi de profondeur maxima*. 3° Une lésion pulmonaire peut donner des signes qui ne sont pas perçus sur la paroi auscultée en regard même de la lésion, mais plus haut ou plus bas et parfois du côté opposé de la ligne médiane; ce sont les phénomènes de *Transmission acoustique*. 4° Certaines défaillances de l'auscultation sont inévitables étant données la nature de la méthode et les limites de l'attention des observateurs ».

Il arrive en effet que l'auscultation ne nous ait rien révélé et que l'on découvre une cavité à l'examen radiologique. Tel ce cas que nous avons pu suivre d'un homme présentant des signes généraux et fonctionnels qui avaient attiré l'attention sur la possibilité d'une tuberculose. L'auscultation ne révélait rien et le médecin avait rassuré le malade; l'examen radiologique n'avait pas été fait. Quelque temps après, un autre médecin fit examiner les expectorations qui contenaient des bacilles tuberculeux. La radioscopie

(1) P. AMEUILLE : Les défaillances de l'auscultation (*Presse Médicale* du 11 mars 1922).

qui fut pratiquée ensuite ne montra rien de net; seul un cliché radiographique permit de localiser cette tuberculose au niveau du hile droit et plus particulièrement le long de la bronche ascendante droite où l'on pouvait constater des condensations assez foncées. L'examen stéthacoustique pratiqué par des physiologues distingués était toujours resté négatif. Des cas de ce genre ne sont pas si rares qu'on le croit.

Une auscultation bien faite devra être méthodique et porter sur toutes les régions, fosse sus-claviculaire, espace interscapulo-vertébral, aisselle; seuls les bruits pathologiques nets, que tout autre observateur compétent pourra constater, devront être pris en considération. Si l'on veut chercher les finesses on finira toujours par entendre quelque chose même lorsqu'il n'y a rien.

VALEUR DES RAYONS X. — Nous venons de voir que la percussion et l'auscultation pouvaient avoir des défaillances; la radiologie est venue heureusement y suppléer. On peut dire que l'on ne l'emploie pas assez et que beaucoup trop de tuberculeux n'ont jamais passé derrière l'écran. Il ne faudrait jamais ausculter un malade sans le passer ensuite aux rayons. Les examens radiologiques devraient être multipliés et la première fois qu'on examine un malade on devrait prendre un cliché qui nous permettrait de suivre l'évolution de la maladie. Bien entendu, la radiologie pulmonaire exige un apprentissage. « Il faut l'apprendre. Il faut, devant un écran fluorescent ou un cliché, pen-

ser en médecin » (1). Les rayons X nous permettent de découvrir des lésions profondément situées, inaccessibles à l'examen stéthacoustique. Ils ont encore d'autres avantages : 1° Les anomalies qu'ils nous révèlent sont perçues d'une façon plus objective : on ne peut guère discuter sur une opacité apparue à l'écran comme on peut discuter sur la diminution du murmure vésiculaire. 2° Ils nous révèlent des petites condensations inaudibles à l'auscultation. 3° Lorsque l'examen radiologique, complet et compétent, montre une image thoracique indemne de toute anomalie on peut affirmer que le poumon est véritablement normal.

Mais les rayons ne nous montrent en définitive que des condensations ou des pertes de substance; sur la nature de ces condensations et de ces pertes de substance ils ne peuvent nous renseigner. Si nous pensons que des lésions peuvent être dues à la tuberculose, leur spécificité étiologique ne pourra nous être fournie que par la constatation du microorganisme causal dans les expectorations.

Il existe aussi des limites à la sensibilité des rayons X.

Ch. Mantoux et G. Maingot ont dit, dans une communication : « L'examen radioscopique du thorax a des limites de sensibilité capables de laisser échapper des altérations anatomiques de surface et d'épais-

(1) RIST : Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose (*Presse Médicale* du 13 juillet 1916).

seur déjà considérables. L'examen stéthacoustique peut dépister un grand nombre de ces lésions inappréciables à l'écran. De l'examen radioscopique d'un thorax exempt de lésions décelables à l'écran il ne faut pas conclure à l'intégrité certaine du parenchyme pulmonaire et à l'absence d'altérations pleurales » (1).

Nous savons que certains épanchements pleuraux peuvent, dans certaines circonstances, échapper à l'examen radioscopique. Pour M. Rist, tout en admettant qu'il y a des limites à la sensibilité des rayons X, la perception stéthacoustique des lésions soit de petit volume, soit profondément situées, est encore beaucoup plus limitée. Il pense que, en particulier en ce qui concerne la tuberculose, il n'y a pas de lésions actives, autrement dit se traduisant par des symptômes fonctionnels et par des signes généraux, qui ne soient décelables à l'examen radiologique compétent et complet. Il est vrai de dire que pour mériter ce qualificatif de complet cet examen devra, dans beaucoup de cas, comporter la prise de clichés. Remarquons d'ailleurs que des râles perçus dans une région dans laquelle les rayons X ne révèlent aucune lésion parenchymateuse doivent faire penser à l'existence d'une affection bronchique sans participation du parenchyme. Ces affections bronchiques peuvent n'avoir et, en règle générale, n'ont rien à voir avec la tuber-

(1) CH. MANTOUX et G. MAINGOT : Limites de sensibilité de l'exploration radioscopique des poumons (*Société Médicale des Hôpitaux*, 11 octobre 1918).

culose pulmonaire. Dans l'immense majorité des cas, elles sont occasionnées par une infection des voies aériennes supérieures propagée aux bronches.

VALEUR DE LA RECHERCHE DU BACILLE DE KOCH DANS LES EXPECTORATIONS. — Nous considérons que c'est le seul signe de certitude que nous avons pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire. Lorsqu'elle est positive, elle est un signe pathognomonique même si les signes stéthacoustiques sont muets, ce qui n'est pas rare, et même en l'absence de signes radiologiques, ce qui est exceptionnel mais peut s'observer.

L'absence du bacille de Koch dans les crachats n'a aucune signification si on ne l'a constatée qu'à un seul examen. Il peut se faire en effet que les bacilles soient rares, que l'étalement n'ait pas été examiné pendant un temps suffisamment prolongé, ou que le crachat examiné provienne du rhino-pharynx. Il y a aussi des malades qui ne crachent que de temps en temps des crachats d'origine pulmonaire soit parce qu'ils crachent peu, soit parce qu'ils déglutissent leurs expectorations et ne donnent à examiner que de la salive ou du muco-pus de provenance rhino-pharyngée. Il faut donc, dans les cas où l'on suspecte la tuberculose, multiplier les examens directs; s'ils sont négatifs, faire des homogénisations, et, avant d'affirmer l'absence de bacilles, faire une inoculation au cobaye qui doit juger en dernier ressort les cas litigieux. Cependant si des examens directs et des homogénisations répétés sont restés négatifs on devra douter de l'existence d'une

tuberculose et il pourra s'agir d'une dilatation des bronches, d'une pleurésie interlobaire, de séquelles de grippe, d'affection chronique du rhino-pharynx, d'une syphilis pulmonaire, voire même d'une mycose ou d'un cancer du poumon.

Pour M. Rist, toute tuberculose évolutive, qui donne des signes fonctionnels et physiques, est une tuberculose ouverte et doit faire sa preuve bactériologique. D'autres phthisiologues (Kuss, Burnand, Dumarest. etc.) admettent l'existence de tuberculoses évolutives fermées. Le Professeur Léon Bernard admet qu'il puisse y avoir des tuberculoses fermées mais les considère comme une rareté. Les idées de M. Rist nous semblent justes et nous pensons qu'avant d'affirmer la tuberculose pulmonaire il convient de s'appuyer sur la constatation du microorganisme causal. Ayons toujours présente à l'esprit cette notion que dans les cas de tuberculose évolutive nous devons trouver des bacilles dans les expectorations. Pour cela nous ferons des examens répétés, compétents et nous nous aiderons, s'il le faut, des méthodes d'enrichissement et de l'inoculation au cobaye. Dans le cas où les malades ne crachent pas soit, ce qui est fréquent chez la femme et constant chez l'enfant, parce qu'ils déglutissent leurs crachats, soit parce que les lésions sont peu secrétantes, on pourra augmenter l'expectoration en donnant de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. pro die pendant 3 ou 4 jours. Ce même résultat peut être obtenu avec de faibles doses de Kermès ou d'oxyde blanc d'antimoine. Si, même par ce procédé, on n'ob-

tiennent pas d'expectorations, il sera bon de faire un lavage d'estomac. Ce lavage se fera à jeun avec un tube d'un diamètre plus petit que le tube de Fauchier, et pourra parfois, comme dans le cas d'une femme du service de M. Rist, ramener des mucosités bacillifères.

Si l'on veut rechercher uniquement le bacille de Koch, il importe peu que les crachats soient fraîchement émis ou non, mais si l'on veut se rendre compte de l'importance des infections secondaires il vaudra mieux faire l'examen le plus tôt possible et recueillir les crachats dans une boîte de Petri ou un récipient stérile quelconque. La boîte de Petri est commode, surtout si on la pose sur un fond noir, cela permet de mieux examiner macroscopiquement l'expectoration. Les crachats du matin sont en général ceux qui contiennent le plus souvent les bacilles. Il faudra prélever pour l'étalement les parties purulentes et non pas la salive ou ces parties peletonnées noirâtres qui viennent du pharynx. « Mais il faut bien savoir qu'au début des poussées évolutives on peut ne trouver que des crachats muqueux, quelquefois gommeux et collants et pourtant richement bacillifères. A défaut de muco-pus, il faudra donc prélever en différents points et pratiquer l'examen même des crachats les moins caractéristiques » (1). Pour étaler et dissocier les particules choisies, l'emploi du fil de platine est préfé-

(1) P. JACOB : Examen microscopique direct des crachats (*Journal médical français*, septembre 1922).

rables à l'écrasement entre deux lames que l'on pratique quelquefois. Ce frottis sera séché à l'air puis fixé en le passant 3 fois consécutives dans la flamme d'un bec Bunsen, on le laissera refroidir puis on procédera à sa coloration. La coloration du bacille de Koch est basée sur ce fait que ce microbe une fois coloré ne se laisse plus décolorer ni par les acides, ni par l'alcool, il est donc à la fois acido-résistant et alcool-résistant. Nous ne donnerons pas ici le procédé de coloration qui est trop connu et partout employé en France; ce procédé de coloration par la méthode de Ziehl donne entière satisfaction.

L'examen d'une préparation devra être assez prolongé, il faudra des fois plusieurs minutes d'examen avant de découvrir un bacille. Les bacilles de Koch colorés en rouge se présentent le plus souvent sous forme de bâtonnets grêles, légèrement infléchis, isolés, disposés en amas, en X, en L et il faut savoir les distinguer de certains amas de fibrine et de cristaux d'acides gras qui restent aussi colorés en rouge sur des préparations mal décolorées.

Nous avons déjà dit que, lorsque les examens directs restaient négatifs, si l'on suspectait la tuberculose il fallait recourir aux méthodes d'enrichissement. « Le principe de ces méthodes d'enrichissement est toujours le même et comprend deux temps :

« 1° Homogénéisation, c'est-à-dire modification chimique (en quelque sorte digestion sous l'influence

(1) P. JACOB : Loc. cit.

d'agents chimiques ou biologiques) telle qu'un certain volume de crachats soit transformé en un liquide plus ou moins visqueux, mais offrant dans toute sa masse le même aspect et la même viscosité.

« 2° Collection sous un petit volume de tous les bacilles contenus dans le volume de crachats prélevé » (1). Il existe plusieurs techniques d'homogénéisation, nous croyons inutile de les donner ici.

Nous pensons que la recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations est le moyen de diagnostic le plus sûr, mais nous insistons sur ce fait que les examens doivent être faits par des gens compétents, qu'ils doivent être répétés et qu'ils doivent, dans les cas litigieux, s'aider de l'homogénéisation et de l'inoculation au cobaye. Les erreurs résultant d'une contamination du matériel ne doivent pas entrer en ligne de compte car elles ne doivent pas se produire dans un laboratoire bien tenu. Quant aux frais que ces examens de laboratoire peuvent entraîner pour le malade ils sont infimes en comparaison de ceux que lui occasionnerait un diagnostic erroné de tuberculose. En somme, lorsque nous aurons fait un diagnostic de tuberculose pulmonaire, il nous faudra en avoir la preuve bactériologique; un doute subsistera dans notre esprit sur la validité de notre diagnostic tant que cette preuve n'aura pas été faite.

CHAPITRE IV

Après avoir exposé brièvement les conceptions actuelles sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, sur les éléments qui concourent à l'établissement du diagnostic et sur la valeur qu'il convient d'attacher à chacun d'eux, il est nécessaire que nous disions ce qu'est un Dispensaire, quel est son rôle et comment fonctionne le Dispensaire Léon Bourgeois que nous avons suivi.

« Le Dispensaire diffère de la Clinique ou de l'Hôpital en ce sens qu'il n'héberge pas de malades. Il diffère de la simple consultation en ce qu'il exerce par l'intermédiaire de l'infirmière visiteuse, prolongement de l'action médicale, une action extérieure qui constitue son caractère essentiel » (1). M. le Professeur Léon Bernard expose d'une façon magistrale dans son excellent livre, « La Tuberculose », quelles sont les fonctions du Dispensaire.

1° Le dépistage des malades soit par la publicité faite par les malades et leurs familles soit par les recherches que font les infirmières visiteuses.

(1) Prof^r LÉON BERNARD : La tuberculose pulmonaire.

2° Chaque malade arrivant au Dispensaire est aussitôt l'objet d'une double enquête : sociale de la part de la visiteuse, et médicale de la part du médecin. Le résultat de ces deux enquêtes est porté sur des fiches et constitue le dossier familial qui est la base de l'action du Dispensaire.

« La consultation médicale est l'opération fondamentale du Dispensaire, et le diagnostic du médecin est le point de départ de toute son action. Si le malade est reconnu non tuberculeux, le Dispensaire ne le prend pas à sa charge et tout se borne à l'établissement d'un diagnostic. Au contraire, s'il est reconnu tuberculeux, tout le mécanisme du Dispensaire va se déclencher » (1). La visiteuse ira alors au domicile du malade et se rendra compte de ses ressources, de ses conditions de famille, de son logement et de l'hygiène qui y règne, etc. Elle amènera au Dispensaire les divers membres de la famille pour les soumettre à une visite médicale, et elle veillera à l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie que le médecin aura prescrites. Les décisions qui seront prises seront commandées par les résultats des enquêtes sociale et médicale. S'il y a des enfants à préserver, par exemple, on pourra les envoyer soit en placement familial, soit dans un préventorium de plein air s'ils en sont justiciables. Le malade lui-même pourra être envoyé soit en sanatorium, soit à l'hôpital suivant son état. Ainsi le Dispensaire est un véritable *centre de triage*.

(1) Loc. cit.

3° Le Dispensaire est un instrument d'assistance. Il distribue avant tout des crachoirs, et au besoin des bons de médicaments, d'aliments, de vêtements, des secours de loyer et de chômage et des lits pour tâcher d'isoler le malade, au moins d'une façon relative, lorsqu'il est soigné à domicile. Pour remplir sa tâche d'assistance, le Dispensaire est en liaison avec différentes œuvres privées.

4° Le Dispensaire est un instrument d'éducation aussi bien pour le malade que pour son entourage.

5° Le Dispensaire a enfin un rôle d'assainissement (propreté du logis et désinfection après décès ou déménagement).

Le Dispensaire Léon Bourgeois est le plus important de Paris; il est divisé en deux sections, l'une sous la direction de M. le Professeur Léon Bernard, l'autre sous la direction du Docteur Rist : c'est cette dernière que nous avons eu l'occasion de suivre. Les services du Dispensaire comprennent des salles d'examen, un laboratoire et une salle d'examen radiologique. Réglementairement une salle d'examen oto-rhino-laryngologie devrait lui être adjointe, mais il se trouve heureusement que le service des maladies du nez, gorge, oreilles du Docteur Bourgeois voisine avec le Dispensaire et permet d'obtenir ainsi, rapidement, les avis les plus autorisés.

Pour chaque consultant, un dossier est constitué et son observation médicale complète y est inscrite par le médecin. Les malades sont examinés méthodiquement et complètement au point de vue des signes phy-

siques, puis passés systématiquement derrière l'écran radiologique par M. Rist lui-même. Nous insistons tout particulièrement sur la façon rigoureuse dont est conduit l'examen médical. On ne se contente pas de savoir qu'un malade n'est pas tuberculeux, mais on recherche la cause des troubles qu'il accuse, que ces troubles proviennent des voies digestives, du système nerveux, du système cardio-vasculaire, d'une maladie de Basedow, etc. On veut pouvoir dire au malade la nature de son affection si on lui dit qu'il n'est pas tuberculeux, on veut arriver en somme à un diagnostic précis.

Après avoir examiné un malade au point de vue des signes physiques et des signes radiologiques, on peut se trouver en présence de trois alternatives :

1° Les signes stéthacoustiques sont muets et l'examen radiologique est négatif : dans ce cas on cherche une cause extra-pulmonaire aux troubles accusés par le malade. S'il existe une expectoration on fera plusieurs examens bactérioscopiques et, s'ils sont négatifs, les troubles éprouvés par le malade serviront de guide pour l'aiguiller vers le service compétent (oto-rhino-laryngologie, voies digestives, cardiologie, maladies nerveuses, etc.).

2° L'examen radiologique confirme les signes fournis par l'examen physique ou fait découvrir des lésions que ce dernier n'avait pas révélées : dans l'un et l'autre cas le parenchyme pulmonaire est atteint, il faut connaître la nature de cette affection. S'il y a expectoration on fait une série d'examens de crachats;

s'ils sont positifs ils établissent le diagnostic de tuberculose, s'ils sont négatifs ils seront répétés, complétés par des homogéinisations et au besoin par des inoculations au cobaye.

Si le malade n'expectore pas, on lui administre pendant trois jours 1 gr. d'iodure de potassium, ce qui provoque souvent une sécrétion broncho-pulmonaire dans laquelle on pourra déceler le bacille tuberculeux. Chez les femmes et les enfants, qui souvent déglutissent leurs expectorations, un tubage de l'estomac fait le matin à jeun ramènera des mucosités dans lesquelles on pourra parfois trouver des bacilles.

Si l'examen radioscopique laisse quelques doutes, on fait un cliché radiographique.

Le rôle du médecin ne se borne pourtant pas à faire un diagnostic; ainsi que nous l'avons dit plus haut, le Dispensaire est un *centre de triage* auquel sont annexées différentes organisations qui en sont en quelque sorte les antennes. Tel tuberculeux cachectique bilatéral, au-dessus de toute ressource thérapeutique, sera dirigé sur l'hôpital de son quartier où il recevra un lit; pour tel autre présentant des lésions curables on fera une demande d'admission dans un sanatorium; s'il s'agit d'une tuberculose franchement unilatérale, susceptible de bénéficier de la collapsothérapie, on l'hospitalisera à l'Hôpital Laënnec (service des tuberculeux) auquel est annexé le Dispensaire Léon Bourgeois. On hospitalisera également des cas douteux qui ont besoin d'être suivis de près et observés pendant quelque temps pour l'établissement de leur diagnostic, après quoi une décision sera prise à leur sujet.

CHAPITRE V

Nous avons vu dans les chapitres précédents quelle est la conception actuelle sur le mode d'évolution de la tuberculose pulmonaire, quels éléments pouvaient être utiles pour en faire le diagnostic et, parmi ces éléments, celui qui nous paraît être le meilleur pour faire ce diagnostic, à savoir la recherche des bacilles dans les expectorations. Nous savons d'autre part combien, dans un établissement comme le Dispensaire Léon Bourgeois, on examine les malades d'une façon rigoureuse et complète; nous pouvons dire que tout ce que la Médecine moderne possède de meilleur s'y trouve réuni pour concourir à l'établissement d'un diagnostic de tuberculose : phtisiologiques distingués et moyens d'investigation variés et perfectionnés. Nous ajouterons de suite que la recherche des bacilles dans les expectorations y est pratiquée d'une façon systématique et que l'on y attache une valeur primordiale. Il nous a semblé qu'il pouvait être d'un grand intérêt de connaître les résultats que l'on obtient dans cet établissement au point de vue du diagnostic. Nous avons donc examiné les dossiers des mille malades venus à la consultation de M. Rist entre le mois de

mai 1919 et le mois d'avril 1920. En prenant ces mille premiers malades on aura un échantillon suffisant et qui donnera une idée exacte de ce qu'est la clientèle d'un Dispensaire comme le Dispensaire Léon Bourgeois; on pourra ainsi se faire une idée juste de ce qui se passe dans un Dispensaire. Pour savoir exactement ce qu'il en est de la tuberculose ouverte et fermée il faut chercher à vérifier tous les diagnostics et chercher les bacilles avec persévérance. Dans ces conditions on pourra se rendre compte s'il existe un grand nombre de tuberculoses ouvertes ou fermées et si ces cas de tuberculose fermée ne s'évanouissent pas lorsqu'on serre les choses de près. Nous aurons ainsi l'occasion de voir si la méthode d'examen et principalement l'examen bactérioscopique des crachats mérite la confiance que nous lui avons accordée dans les chapitres précédents. Les résultats de notre statistique ont confirmé pleinement les idées que nous avons défendues plus haut.

Sur 1.000 malades, il y'en avait 330, soit 33 %, qui étaient atteints de tuberculose pulmonaire active, torpide ou guérie; il y avait 6 douteux; tous les autres, soit 66,4 %, n'étaient pas atteints de tuberculose pulmonaire.

Les non tuberculeux ressortissaient aux rubriques suivantes :

Affections des voies aériennes supérieures (rhinites, obstructions nasales, déviations de cloison, pharyngites, etc.)	236
Asthme et emphysème	41

Séquelles et convalescences d'affections pulmo- naires aiguës	15
Coqueluche	5
Dilatation des bronches	2
Pleurite	2
Syphilis pulmonaire	3
Kyste hydatique du poumon	1
Pleurésie purulente	1
Gangrène pulmonaire	1
Pleurésie sèche consécutive à une pleuro-pneu- monie datant de 8 jours	1
Sclérose interlobaire	1
Bronchite chronique	2
Pneumonie à répétition	1
Affections de l'appareil cardio-vasculaire.....	24
Affections rénales	6
Affections du tube digestif (ulcus, ptose, etc.)...	24
Anémie symptomatique	3
Tuberculose non pulmonaire	20
Visites prophylactiques	114
Malades insuffisamment examinés	53
Malades considérés comme tuberculeux qui ne furent pas suivis assez longtemps pour établir un diagnostic, mais chez lesquels on ne trouva aucune affection pulmonaire	33
Maladie de Basedow	13
Douleurs thoraciques d'attitude	30
Mentaux	9
Vertiges labyrinthiques	2
Tumeur du médiastin	1

Diabète	1
Rachitisme ancien	1
Obésité	1
Epithélioma de la face	2
Migraines	2
Accidents de la ménopause	1
Infection génitale post-abortum.....	1
Syphilis héréditaire considérée à tort comme une tuberculose ganglionnaire	1
Hernie inguinale droite	1
Alcoolisme	2
Simulateurs	4

On voit donc que 66,4 % des malades qui viennent au Dispensaire ne sont pas des tuberculeux pulmonaires. Parmi ces malades non tuberculeux nous en avons relevé 176 qui avaient été soignés par des médecins pour tuberculose pulmonaire; plusieurs d'entre eux avaient passé plusieurs mois dans des sanatoria et d'autres avaient été réformés soit avant soit après la guerre. Nous ferons remarquer que ce chiffre de 176 est très au-dessous de la réalité car beaucoup de malades soignés par des médecins pour tuberculose ne le disent pas pour ne pas, croient-ils, influencer le médecin du Dispensaire. D'autre part, le fait que le malade a déjà été reconnu tuberculeux n'est pas toujours inscrit sur le dossier, et si M. Rist y attache, à juste raison, une importance pour la statistique, bien souvent ses collaborateurs omettent d'en faire mention. Néanmoins ce chiffre est déjà considérable et prouve, comme nous l'avons déjà dit, que le diagnostic

de tuberculose n'est pas si facile qu'on croit puisque il peut prêter à erreur d'une façon aussi fréquente.

Ce qui frappe aussi, parmi ces malades non tuberculeux, c'est la quantité de ceux qui sont atteints d'affections des voies aériennes supérieures. Il ne faut pas nous en étonner et cela s'explique aisément si nous considérons que l'appareil respiratoire ne comprend pas seulement les poumons, mais aussi le nez, le pharynx, le larynx, la trachée, et qu'une affection de chacun de ces organes peut retentir sur le poumon. Le Professeur Sargent le dit d'ailleurs dans son « Traité de Pathologie médicale ». « Il est même une catégorie de tousseurs et de cracheurs qui remplissent les cadres de la tuberculose et dont le nombre est beaucoup plus grand que ne le croient beaucoup de médecins; ce sont les porteurs d'affections chroniques du rhino-pharynx (anciens adénoïdiens, imperméables partiels des fosses nasales); habitués à respirer la bouche ouverte ils introduisent directement dans leur larynx, leur trachée ou leurs bronches de l'air sec et froid que la traversée des fosses nasales n'a pu échauffer ni humidifier. Ils entretiennent ainsi à l'état chronique l'inflammation congestive et l'infection banale de leur muqueuse bronchique; ils vivent avec une trachéo-bronchite chronique que le moindre refroidissement, que la moindre grippe exacerbe: tôt ou tard ils deviennent emphysémateux et sont toute leur vie considérés comme tuberculeux par des médecins qui ne veulent pas se familiariser avec cette notion si simple, à savoir que la recherche du bacille de Koch dans

l'expectoration est un sûr moyen de diagnostic. Cette notion sur laquelle j'ai insisté, et que Rist de son côté a soulignée, est capitale; elle montre l'importance, chez tout toussueur invétéré, d'un examen du rhino-pharynx et du larynx; cet examen associé à la recherche du bacille de Koch peut éviter des erreurs de diagnostic ».

Voici un cas d'une malade, enceinte de 5 mois, envoyée par un service d'accouchement des Hôpitaux de Paris au Dispensaire pour avoir un avis. Cette malade était considérée comme tuberculeuse et dans ce service d'accouchement on avait envisagé la nécessité d'interrompre sa grossesse, alors qu'il fut reconnu qu'elle était indemne de tuberculose et atteinte simplement d'une rhinite muco-purulente.

OBSERVATION I

(N° 332 des archives de M. RIST.)

B... Y..., 18 ans $\frac{1}{2}$, modiste. Père mort dans un asile d'aliénés et mère morte à 44 ans de méningite tuberculeuse. Comme antécédents personnels a eu la coqueluche et la rougeole pendant l'enfance. Est actuellement enceinte de 5 mois; était normalement réglée avant sa grossesse. Envoyée par un service d'accouchement où on lui trouve des lésions tuberculeuses faisant envisager la nécessité d'interrompre sa grossesse. Vient au Dispensaire le 10 mars 1920. Elle aurait eu, il y a 4 mois, une congestion pulmonaire pour laquelle elle a été soignée à Lariboisière et au cours de laquelle elle aurait eu 4 fois un peu de sang dans ses expectorations.

Depuis sa congestion pulmonaire elle a maigri, perdu

des forces, est essoufflée pendant la marche. Elle tousse surtout la nuit, mais ne crache que de rares crachats blanchâtres. Elle a perdu l'appétit et a des points douloureux dans le dos, dort bien, mais présente des sueurs nocturnes assez fréquentes.

L'examen stéthacoustique ne décèle aucune lésion tuberculeuse. La radioscopie montra des sommets nuageux à la toux et de très riches condensations péri-broncho-vasculaires droites inférieures. On l'hospitalisa à Laënnec pendant 15 jours. Sa température se maintint normale; plusieurs examens de crachats furent négatifs. L'examen des voies aériennes supérieures par le spécialiste montra une rhinite muco-purulente et l'épiglotte et les aryténoïdes rouges. Cette affection des voies aériennes supérieures avait fait considérer à tort cette malade comme tuberculeuse.

Parmi nos mille consultants, il y avait 330 tuberculeux actifs, torpides, ou guéris. On a trouvé des bacilles chez 274. Les 56 malades chez lesquels on n'a pas pu trouver de bacilles comprennent :

Malades hospitalisés d'urgence dans différents hôpitaux	22
Malades insuffisamment examinés qui n'ont pas pu être suivis assez longtemps pour chercher les bacilles	21
Tuberculeux guéris	13

Pour les 274 cas où on a trouvé des bacilles, ceux-ci ont été découverts :

Au 1 ^{er} examen dans	223 cas
Au 2 ^e examen dans	12 cas
Au 3 ^e examen dans	8 cas
Au 4 ^e examen dans	6 cas

Au 5 ^e examen dans	5 cas
Au 7 ^e examen dans	2 cas
Au 10 ^e examen dans	1 cas
Il a fallu donner de l'iodure de potassium dans	6 cas
Il a fallu faire des homogéinisations dans...	8 cas
Il a fallu faire des inoculations au cobaye dans	3 cas

Le temps qu'il a fallu pour trouver les bacilles est très variable et dépend non seulement du nombre d'examens mais de l'intervalle qui séparait chacun de ces examens. Ainsi il aura été nécessaire de faire plusieurs examens qui n'auront demandé que 15 ou 20 jours de temps pour un malade hospitalisé, alors que pour un malade ayant négligé d'apporter ses expectorations ou n'étant pas venu régulièrement au Dispensaire on aura trouvé des bacilles au 2^e examen, mais cet examen n'aura pu être pratiqué que plusieurs mois après le premier. Le plus souvent cependant, chez des malades que l'on soupçonnait avoir des lésions tuberculeuses et chez lesquels plusieurs examens étaient restés négatifs, il suffisait de les faire entrer dans le service pendant quelque temps pour découvrir des bacilles dans leurs expectorations.

On voit donc que si l'on défalque les 56 cas où l'on n'a pas pu trouver de bacilles pour les raisons que nous avons données plus haut, on les a toujours trouvés en les cherchant avec persévérance dans les cas de tuberculose pulmonaire. Nous n'avons trouvé que 6 cas chez lesquels, les examens bactérioscopiques ayant été né-

gatifs, le diagnostic de tuberculose est resté dans le doute.

Nous verrons un peu plus loin les observations de cas douteux, nous voudrions d'abord donner quelques observations de malades chez lesquels les bacilles furent difficiles à trouver, et d'autres où il a fallu soit donner de l'iodure de potassium, soit faire des homogénisations ou des inoculations au cobaye.

OBSERVATION II

(N° 384 des archives de M. RIST.)

K... A..., 20 ans, employé de banque, vient consulter le 10 septembre 1919. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels, sauf qu'il a été ajourné au conseil de révision pour une fracture mal consolidée du bras gauche. Le 3 décembre 1918 il aurait eu une hémoptysie d'environ un verre à liqueur de sang pur sans autres signes cliniques. Un médecin ne trouva rien et pensa que cela provenait de la gorge. Le malade ne suivit aucun traitement et continua son travail. Le 5 mai 1919 il aurait eu une nouvelle hémoptysie analogue à la première; un autre médecin conclut aussi à une pharyngite, mais conseilla de faire une radioscopie qui montra une spéléonque de 2 ou 3 centimètres au centre du poumon droit et des condensations au sommet gauche. Le malade alla dans un sanatorium où il resta trois mois. Il n'avait pas de signes cliniques, sa température se maintenait entre 36°,8 le matin et 37°,4 le soir, ne toussait pas et ne crachait pas.

Le 5 septembre 1919, date à laquelle il vint consulter au Dispensaire, on ne trouve rien à l'examen stéthacoustique. La radioscopie montra : de la ptose phrénique, la

moitié supérieure des poumons un peu assombrie. Pas d'illumination subite des sommets à la toux; au milieu du champ pulmonaire droit on voit un petit foyer de marbrures et de taches avec possibilité d'aspect en mie de pain. Un cliché indiqua des lésions diffuses anciennes d'interprétation difficile. Le malade ne crachant pas, on lui donna de l'iodure de potassium et on ne trouva pas de bacilles à l'examen bactérioscopique des expectorations. Le deuxième examen de crachats, toujours après administration d'iodure de potassium, fut positif, et quelque temps après un nouvel examen montra des bacilles de Koch sans qu'on eu besoin d'administrer d'iodure. Le malade qui avait repris son travail commença à maigrir: il retourna dans un sanatorium, mais son état s'aggrava et on lui fit par la suite un pneumothorax artificiel.

OBSERVATION III

(N° 634 des archives de M. RIST.)

M^{me} C... R..., 29 ans, employée de bureau. Rien de particulier dans ses antécédents; elle dit avoir eu la grippe en décembre 1918 avec 40° de température pendant huit jours. La fièvre serait tombée brusquement le 9^e jour. La convalescence fut assez longue, mais elle reprit son travail au bout de 2 mois. Le 22 novembre 1919 elle s'est remise à tousser, a eu 38° de fièvre. Un médecin ayant parlé de congestion pulmonaire l'envoie consulter au Dispensaire huit jours après.

A la percussion on note de la matité au sommet gauche en avant et en arrière; l'auscultation montre une diminution du murmure vésiculaire avec expiration prolongée et souffle bronchique au même sommet. La radioscopie montre une légère rétraction du cœur à gauche; une légère rétraction costale gauche, et le sommet du pou-

mon gauche nuageux à la toux. La malade ne crache pas; on lui administre 1 gramme d'iodure de potassium par jour pendant trois jours et on obtient ainsi des crachats bacillifères.

OBSERVATION IV

(N° 163 des archives de M. RIST.)

M^{me} H... A..., 28 ans. Son père mort de la grippe en 1918, sa mère morte d'asystolie. Neuf frères et sœurs morts, dont une sœur de tuberculose pulmonaire et un frère de laryngite tuberculeuse (la malade ne vivait pas avec eux). Mari et trois enfants bien portants. A eu une laryngite en 1918 qu'elle soigna par des inhalations ordonnées par un médecin; elle se sentit mieux au bout de 15 jours mais continua à être enrouée et à tousser. La malade maigrit et perd ses forces; elle quitta son travail (en usine) en janvier 1919. En mars 1919 elle expectora quelques crachats sanglants au cours d'une quinte de toux. Elle vient le 1^{er} juillet 1919 au Dispensaire où on lui conseilla d'entrer à l'Hôpital, mais elle refusa. A ce moment-là on trouvait à la percussion de la submatité des deux sommets et à l'auscultation une diminution du murmure vésiculaire dans la moitié supérieure du poumon droit avec des râles humides exagérés par la toux en avant et en arrière. Au sommet gauche on notait une diminution du murmure vésiculaire en arrière. La radioscopie montrait une densification de la moitié supérieure du poumon droit, des taches d'aspect en nid d'abeille au tiers moyen de ce poumon, et une diminution légère de transparence de la totalité du champs pulmonaire gauche avec légère rétraction costale supérieure et ombres hilaires diffuses. Un examen de crachats fut négatif. Elle refusa l'hospitalisation et quelques jours après elle fut

prise de frissons violents avec fièvre et point de côté à la base droite, dyspnée, toux et expectoration souillée.

Un médecin, appelé, parla de point pleurétique. Au bout de 8 jours la malade alla mieux et reprit des forces. Elle revint au mois de septembre au Dispensaire et on l'hospitalisa; le 13 elle entra dans le service. Du 13 au 20 septembre on fit six examens de crachats dont un seul fut positif. Le 21 septembre une homogénéisation fut positive. Le 3 octobre on trouva 5 ou 6 bacilles sur un frottis après des heures de recherche. Le 4 octobre on inocula un cobaye qui mourut le 21 janvier 1920 de tuberculose généralisée.

OBSERVATION V

(N° 233 des archives de M. RIST.)

M^{me} J... E..., 44 ans, concierge, a soigné son mari mort de tuberculose et a été suivie au Dispensaire depuis le mois d'avril 1917, parce qu'elle présente des signes cliniques : toux, amaigrissement, oppression, température subfébrile. L'auscultation fait entendre quelques bruits adventices aux deux sommets. La radioscopie fait voir une diminution de clarté du sommet droit dans les deux premiers espaces avec suppression du phénomène de l'illumination par la toux. Du mois d'avril 1917 au mois de septembre 1918 on fit au Dispensaire sept examens de crachats qui tous furent négatifs.

En octobre 1918 une homogénéisation fut positive et un cobaye inoculé le 9 septembre 1918 mourut le 30 décembre suivant de tuberculose généralisée.

Voici maintenant l'observation d'un cas de tuberculose guérie.

OBSERVATION VI

(N° 444 des archives de M. RIST.)

D... P..., 30 ans, employé de chemin de fer, avait commencé à maigrir depuis un an et en juillet 1919 se mit à tousser et à cracher (début insidieux). Il aurait eu pendant 4 ou 5 jours 39° de fièvre et il fut envoyé à l'Hôpital Lariboisière le 10 août 1919 où il resta 17 jours, puis on l'adressa au Dispensaire Léon Bourgeois où il arriva le 24 septembre 1919. Il raconta qu'il avait eu la syphilis en 1917 pour laquelle il avait été soigné à l'Hôpital Saint-Louis par l'arsénobenzol, et il n'a eu depuis aucun autre accident. Il se plaint de tousser et de cracher le matin, d'avoir perdu ses forces, de souffrir de douleurs thoraciques, sa voix est légèrement voilée le matin, mais il n'a pas de fièvre.

A l'examen stéthacoustique on trouve une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets avec expiration prolongée et souffle bronchique en avant et quelques râles secs exagérés par la toux. L'examen radioscopique fait voir des sommets nuageux et de petites calcifications au-dessous de la clavicule droite. On voit en outre à gauche de riches marbrures le long de la bronche supérieure (aspect en mie de pain), ombres bilaires gauches très chargées. L'examen des crachats fut négatif. L'examen de l'oto-rhino-laryngologiste ne fit découvrir aucune lésion laryngée mais une rhinite hypertrophique et une trachéite avec sécrétions abondantes. Le malade est envoyé à Brévannes.

Revu le 21 mars 1923 il dit qu'il s'est bien porté depuis et a continué son travail de surveillant dans les ateliers. Récemment il s'est aperçu qu'il avait maigri depuis sa sortie de Brévannes. Il ne tousse pas et expectore un peu sans tousser. Les examens de crachats furent négatifs. A la radioscopie on voit des calcifications multiples dans

le lobe supérieur gauche, plus rares dans le lobe supérieur droit. A l'auscultation on n'entend plus qu'une diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche en avant. Une radiographie montre des calcifications multiples des sommets. Ces calcifications représentent les anciennes lésions guéries.

Nous arrivons maintenant aux 6 cas douteux. Nous donnons leurs observations et nous tâcherons de voir pourquoi un doute a persisté sur l'établissement de leur diagnostic.

OBSERVATION VII

(N° 876 des archives de M. RIST.)

L... C..., âgée de 21 ans, employée de bureau. Au printemps 1918 elle se sentit fatiguée, toussait un peu, ce qui la fit entrer à l'Hôpital Lariboisière où elle resta deux mois. Elle ne sait pas si on a examiné ses crachats ; sa température montait jusqu'à 38° le soir. On l'envoya à Brévannes où elle resta 13 mois; elle en sortit en juin 1919. Elle se repose encore cinq mois à la campagne, après quoi elle reprend son travail et se fatigue beaucoup, mais elle ne tousse pas. Elle vient au Dispensaire le 2 mars 1920. L'examen physique montre de la submatité et de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. A la radioscopie on constate des sommets nuageux et assombris. L'examen des crachats fut négatif.

Revue le 10 juillet 1920 on constata à l'auscultation une diminution de la respiration au sommet gauche et quelques râles fins sous la clavicule. L'examen des crachats fut négatif. Revue le 23 novembre 1920 on note quelques râles discrets dans la fosse sus-épineuse gauche, rien ailleurs. Revue le 15 avril 1921 elle aurait

eu quelques crachats sanglants pendant trois jours et à maigri, ne tousse ni ne crache mais ressent quelques points douloureux thoraciques. L'auscultation ne fait entendre qu'une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets. A la radioscopie on voyait des sommets nuageux à la toux et une bande de sclérose interlobaire gauche. Examen des crachats négatifs. Le 22 novembre 1922 un nouvel examen fut analogue au précédent.

Voilà une malade qui ne tousse pas; l'examen des voies aériennes supérieures n'a pas été fait. Elle a eu probablement quelque chose au poumon puisqu'on voit une bande de sclérose interlobaire, mais cette image radioscopique traduit-elle une lésion tuberculeuse ? On ne saurait l'affirmer étant donné que l'on n'a pas trouvé de bacilles.

OBSERVATION VIII

(N° 229 des archives de M. RIST.)

R... G..., 24 ans, employée de bureau, est suivie au Dispensaire depuis septembre 1916 pour des signes cliniques de tuberculose : crachats hémoptoïques, amaigrissement, toux, expectoration. Elle aurait eu une broncho-pneumonie en 1908. Les examens de crachats ont été négatifs. Elle revient le 12 août 1919. M. Rist l'examine pour la première fois et trouve à l'auscultation une diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche avec expiration prolongée et quelques râles secs provoqués par la toux. A la radioscopie on constate une diminution de clarté homogène très légère de la portion sus-claviculaire du champ pulmonaire gauche avec suppression de l'illumination par la toux. Ombres hilaires droites et gauches très chargées, pas de bacilles dans les

crachats. L'examen du larynx montra une laryngite sub-aiguë diffuse, de l'œdème des bandes ventriculaires et de la région aryténoïdienne. Revue le 18 juin 1920 on ne trouvait plus rien à l'auscultation, la radioscopie montrait une image thoracique normale, les crachats ne contenaient pas de bacilles et la laryngite était terminée.

Nous pouvons difficilement savoir l'état exact de cette malade avant le premier examen de M. Rist, car on n'avait noté aucun examen radiologique; l'examen des voies aériennes supérieures n'avait pas été fait non plus. Le premier examen radiologique montre bien peu de chose pour qu'on puisse tabler dessus, et des derniers examens stéthacoustiques et radiologiques ne nous montrent plus rien; on n'a jamais trouvé de bacilles.

Nous pouvons donc penser que cette malade n'est plus tuberculeuse si elle l'a été, ce qui n'est pas certain.

OBSERVATION IX

(N° 173 des archives de M. RIST.)

M... M..., 22 ans, dessinateur, a eu des bronchites en 1913 et en 1915, fut réformé en 1915 pour faiblesse de constitution et étroitesse de poitrine, puis reconnu bon en 1916 il fut mobilisé et partit au front en 1917. Il aurait eu une hémoptysie d'environ un verre de sang pur le 21 juin 1918, puis deux jours après une nouvelle hémoptysie moins importante. Le 1^{er} juillet nouvelle petite hémoptysie. Il se relève le 20 juillet, est envoyé en station sanitaire et est réformé le 20 octobre 1918 avec le diagnostic de tuberculose fibro-caséeuse. L'examen radiologique qu'on avait fait à cette date porte : sommet gauche gris, ne s'éclairant pas à la toux. Région du hile droit grise, ganglions. A gauche teinte grise au tiers moyen et partie externe. Le sinus droit s'éclaire incom-

plètement. Un examen de crachats fait à Toulouse le 10 juillet 1918 aurait été positif. Le malade vient au Dispensaire le 16 juillet 1919. A l'examen physique on lui trouve de la submatité du sommet droit avec diminution du murmure vésiculaire et quelques craquements provoqués par la toux. A la radioscopie on voit : le sommet droit diminué de clarté de façon homogène, mais n'a pas perdu complètement le phénomène de l'illumination à la toux. Dans l'examen antérieur on constate que tout l'hémithorax droit est légèrement moins clair que le gauche. Deux examens de crachats furent négatifs. L'examen des voies aériennes supérieures montra une rhinite hypertrophique et de l'hypertrophie amygdalienne. Revu le 23 juillet 1919 on ne trouva plus qu'une légère diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets. On lui conseilla de reprendre son travail.

Nous ne pouvons savoir exactement les signes que ce malade a présentés en 1918, s'il a été réellement bacillaire en 1918 et quelle confiance nous pouvons accorder à cet examen de crachats. Lorsque le malade est venu au Dispensaire il ne présentait plus en tout cas de tuberculose évolutive, les signes radiologiques étaient très légers, l'auscultation qui avait fait entendre quelques légers bruits adventices au premier examen ne les faisait plus constater quelques jours plus tard. De plus, les examens de crachats sont restés négatifs. Le malade reprit son travail.

Ce sont en somme les antécédents que nous a fournis le malade, mais dont nous n'avons pas la preuve, qui ont laissé persister un doute sur la possibilité d'une tuberculose antérieure.

OBSERVATION X

(N° 668 des archives de M. RIST.)

C... M..., 38 ans, chaisière, a eu une congestion pulmonaire à 31 ans et a toujours toussé et craché depuis, a vécu jusqu'en 1916 avec un frère mort tuberculeux. Elle aurait eu, en avril 1918, des crachements de sang pendant 8 jours, sans fièvre, qui l'ont obligée à s'aliter. Vient consulter au Dispensaire le 6 juin 1918, se plaignant de fatigue, d'amaigrissement, de tousser et expectorer quelques crachats peu épais ; elle présente quelques légers signes stéthacoustiques au sommet droit ; pas de bacilles dans les crachats. Revient le 9 décembre 1919, enceinte de 8 mois ; elle n'a plus craché de sang, crache peu le matin ; deux examens de crachats négatifs. On trouve de la submatité et de la diminution du murmure vésiculaire avec expiration prolongée et souffle bronchique au sommet droit sans bruits adventices. La radioscopie montre un sinus costo-diaphragmatique droit mousse et des marbrures sur la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec aspect en mie de pain. Le sommet gauche est nuageux à la toux. Revue le 19 novembre 1920. Son enfant née le 23 janvier 1920 est morte au bout de 8 jours de broncho-pneumonie. Elle se porte bien, travaille de son métier de chaisière, tousse à peine. L'examen des poumons montra les mêmes signes sans bruits adventices ; les crachats ne contenaient pas de bacilles.

Il s'agit là d'une malade qui a eu une congestion pulmonaire sept ans auparavant et qui a toujours toussé depuis ; elle avait quelques légers signes stéthacoustiques, mais surtout des signes radiologiques de condensation dans la moitié supérieure du poumon droit ; on peut se demander si sa congestion ne lui aurait pas laissé une

scélérose pulmonaire qui ne se distingue en rien, radiologiquement, de la scélérose tuberculeuse. On est frappé aussi dans l'histoire de cette malade par ce fait que la gestation qui, le plus souvent, donne un coup de fouet à l'évolution d'une tuberculose torpide a été parfaitement supportée chez elle et que son état s'est amélioré pendant cette gestation. On n'a pas examiné les voies aériennes supérieures de cette malade ; on n'a jamais trouvé de bacilles dans ses expectorations. Pour toutes ces raisons l'existence chez elle d'une tuberculose active nous paraît peu probable.

OBSERVATION XI

(N° 121 des archives de M. RIST.)

D... R..., 22 ans, employée de bureau, est enrôlée depuis deux mois, tousse et crache beaucoup ; elle aurait beaucoup maigri depuis 18 mois. Un médecin, consulté, lui a dit qu'elle avait peut-être quelque chose au poumon gauche, mais qu'il fallait une radioscopie, que peut-être sa toux venait du larynx.

Elle vient au Dispensaire le 20 juin 1919. M. Rist ne lui trouve rien à l'auscultation, les rayons montrent des ombres hilaires chargées, au pédicule de petites taches noyées dans une plage assombrie et diffuse. Dans le service d'oto-rhino-laryngologie on lui trouve une laryngite chronique bacillaire, des ulcérations superficielles au tiers moyen et au tiers supérieur de la corde vocale gauche. On fait entrer la malade en observation à l'Hôpital où elle reste 8 jours. Pendant son séjour à l'Hôpital sa température resta normale et trois examens de crachats furent négatifs. La malade voulut partir au bout de huit jours et depuis a été perdue de vue.

Cette malade n'avait aucun signe d'auscultation et les signes radiologiques étaient peu importants. Sur le résul-

tat de l'examen laryngologique qui décelait des lésions de laryngite bacillaire on la fit entrer dans le service en observation, mais la malade ne voulut pas rester assez longtemps.

Cependant les examens physiques et bactérioscopiques étaient négatifs et tendaient à faire rejeter une tuberculose pulmonaire. Il se serait donc agi d'une tuberculose laryngée sans lésions pulmonaires; or ce cas est rare et si on avait pu examiner la malade plus longtemps, surtout si on avait pu renouveler l'examen de son larynx; peut-être cet examen aurait-il montré que cette laryngite n'était pas de nature tuberculeuse.

En somme cette malade nous semble avoir été insuffisamment examinée.

OBSERVATION XII

(N° 37 des archives de M. RIST.)

B... F..., 42 ans, ferblantier, est tombé malade en juin 1918; il n'a pas eu d'hémoptysie mais toussait, crachait et avait de la fièvre. Hospitalisé à Bégin on aurait trouvé des bacilles en juillet 1918; fut envoyé dans un sanatorium où il fut réformé et où il resta du 5 août 1918 au 19 mai 1919. Le malade dit qu'on aurait trouvé des bacilles dans ses crachats au sanatorium en novembre 1918 et que depuis huit examens furent négatifs. Il vient au Dispensaire le 21 mai 1919. M. Rist trouve un peu de submatité et de diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche. La radioscopie faite par le D^r Maingot montre une image thoracique normale; pas de bacilles dans les crachats. L'examen du nez montre un éperon de la cloison du côté droit, une légère infection rhino-pharyngée et une otite chronique gauche avec destruction du tympan. Revu le 11 juin 1919 il dit cracher davan-

tage depuis trois jours. M. Rist trouve de la submatité au sommet gauche et de la diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles secs provoqués par la toux au même sommet. La radioscopie fait voir des champs pulmonaires normaux ; sommet gauche d'apparence normale. Il n'a pas de bacilles dans les crachats.

Revu le 18 juin 1919 M. Rist ne trouve plus rien à l'auscultation, un cliché radiographique ne montre rien d'anormal. On l'envoie en station sanitaire. Revient le 26 octobre 1919, rentre de station sanitaire. Examen stéthacoustique néant ; on lui conseille la reprise du travail.

Chez ce malade l'examen radiologique et l'examen bactérioscopique furent toujours négatifs lorsqu'il vint au Dispensaire. Les légers signes d'auscultation qu'on trouva aux premiers examens disparurent par la suite. Le malade dit qu'il aurait eu un examen de crachats positif pendant son séjour au sanatorium suivi de six examens négatifs. Quelle confiance devons-nous avoir dans cet examen positif ? En tous cas jamais on ne lui trouva de bacilles au Dispensaire. S'est-il agi d'un simulateur ou d'un tuberculeux qui a guéri ?

Nous venons de voir les observations des 6 douteux et en les examinant de près nous nous apercevons qu'il s'agit en somme de malades qui ont été examinés d'une façon insuffisante, ou alors les renseignements que nous avons sur les premières périodes de leur maladie ne sont pas suffisamment certains. Peut-on parler à leur sujet de tuberculose fermée, nous ne le croyons pas et nous sommes persuadés que si nous avions pu pousser plus avant l'analyse de leur cas nous aurions pu les faire entrer dans un des cadres précédents des non tuberculeux.

Parmi les malades non tuberculeux, il y en a 4 chez lesquels un phthisiologue éminent, se basant sur des signes cliniques, stéthacoustiques, ou radiologiques, et malgré l'absence de bacilles avait porté le diagnostic de tuberculose fermée. Or, l'examen de ces malades a démontré par la suite qu'ils n'étaient pas tuberculeux. S'il est donc téméraire pour un médecin aussi compétent en phthisiologie d'affirmer une tuberculose sans preuve bactériologique, nous comprendrons facilement combien il serait imprudent pour un praticien de vouloir porter ce diagnostic sans s'entourer de cette garantie. Voici les observations de ces malades.

OBSERVATION XIII

(N° 404 des archives de M. RIST.)

R... H..., 32 ans, gardien de la paix, aurait eu une bronchite et aurait craché quelques filets de sang en 1911. Vient le 6 mars 1916 au Dispensaire. A ce moment il est fatigué, a maigri, tousse et crache, surtout le matin, et éprouve des douleurs thoraciques. Il y a huit jours qu'il est grippé. La percussion révèle une submatité à la partie moyenne du poumon droit et l'auscultation une diminution du murmure vésiculaire avec des râles humides provoqués par la toux au même endroit. Pas de bacilles dans les crachats. On lui ordonna des lavements créosotés. Revient le 20 mars 1918 parce que quelques jours avant il avait eu des crachats hémoptoïques immédiatement après un saut provoqué par une explosion de grenades. Il se plaint de sueurs faciles d'effort et de douleurs au sommet droit depuis plusieurs mois. On lui trouve quelques signes adventices à l'auscultation du sommet

droit. Il revient consulter le 17 septembre 1919 parce qu'il a craché assez souvent des filets de sang. Le D^r Rist qui l'examine pour la première fois trouve un foyer de râles humides exagérés par la toux à la partie moyenne et externe du poumon droit. La radioscopie indique : sommets normaux ; marbrures foncées et zone légèrement assombrie au milieu du champ pulmonaire droit. Petites calcifications hilaires gauches, légère augmentation de la hauteur du ventricule gauche. Pas de bacilles dans les expectorations, rien à l'examen des voies aériennes supérieures. Revu le 31 décembre 1919 on constate les mêmes signes stéthacoustiques, mais ils sont moins nets. Il revient le 16 avril 1920 et raconte que le 9 mars 1920 il a été pris brusquement de frisson, de fièvre (38°,5), point de côté droit, toux, crachats jaunâtres. Un médecin a parlé de congestion pulmonaire droite. Il a eu de la fièvre pendant quatre jours, est resté huit jours alité et a repris son service de gardien de la paix le 31 mars. Depuis cet incident il souffre du côté droit en avant et en arrière, toussé et crache. A l'auscultation on n'entend pas de bruits adventices ; il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration et une homogénéisation fut pratiquée qui se montra négative. Le 18 mai 1921 il revient au Dispensaire et raconte que le 9 mai il a été pris en pleine santé de frisson, de point de côté à droite, de toux et expectoration jaunâtre visqueuse et rosée. A eu deux jours de fièvre à 39°. Il est remis maintenant, sauf la douleur du côté qui persiste. A l'examen physique on note un peu de matité et quelques râles secs exagérés par la toux au milieu du poumon droit. La radioscopie montre une ombre floue à caractère interlobaire dans l'hémithorax droit. Il revient le 5 avril 1922 en disant qu'il a eu une « grippe avec congestion du côté droit », s'accompagnant de fièvre à 39°,7, et pour laquelle il est resté huit jours au lit. A ce moment il a craché

pendant plusieurs jours du sang mêlé aux crachats ou pur. (5 à 6 crachats par jour). Depuis il a de temps à autre des crachats rosés, ressent des douleurs au sommet droit, ne croit pas avoir maigri mais est facilement fatigué. L'auscultation fait entendre une diminution du murmure vésiculaire à la partie moyenne du poumon droit en avant, avec quelques râles humides exagérés par la toux; en arrière une diminution assez étendue du murmure vésiculaire du poumon droit avec submatité à la percussion du sommet. La radioscopie montre une ombre assez floue non homogène dans la partie moyenne de l'hémithorax droit ne paraissant pas varier nettement d'intensité avec les variations d'incidence de l'ampoule. Images hilaires très chargées de ce côté. Pas de bacilles dans les expectorations.

On inocula un cobaye le 7 avril 1922; le 23 juin cette inoculation était négative et le cobaye mourut le 12 septembre 1922 sans présenter de lésions tuberculeuses. Le malade revu le 28 mars 1923 va bien et assure son service; il se dit seulement fatigué. Sa fillette de 6 mois suivie à l'école de puériculture a eu une cuti-réaction négative.

M. Rist, après avoir examiné ce malade plusieurs fois, a vu qu'il n'était pas tuberculeux. Etant donné qu'il n'avait pas de bacilles, que les ombres radiologiques étaient variables, étant donnés les caractères de ces épisodes aigus, M. Rist pense qu'il s'agit de cette affection assez rare, mais plus fréquente qu'on ne croit qui est la pneumonie à répétition bénigne, chez des sujets immunisés contre le pneumonocoque.

OBSERVATION XIV

(N° 721 des archives de M. Rist.)

P... L..., 37 ans, imprimeur, aurait eu deux pneumonies

vers l'âge de 15 ans, une autre pneumonie en mai 1914, une bronchite et laryngite en juillet 1916. Vient consulter au Dispensaire le 20 mai 1917 se plaignant d'amaigrissement, de dyspnée d'effort, de toux ; pas de fièvre ni de sueurs nocturnes. On lui trouve de la submatité au sommet droit avec diminution du murmure vésiculaire en avant et en arrière. Pas de bacilles dans les crachats. Il revient le 8 janvier 1918 avec une température de 39° ; on le fait entrer à l'Hôpital où il reste 22 jours : on lui trouve de la submatité des deux sommets avec diminution du murmure vésiculaire dans la moitié supérieure des deux poumons en avant et en arrière, surtout à droite. La radioscopie montre que le tiers supérieur du poumon droit est nuancé de marbrures et de taches légères ; le sommet droit ne s'illumine pas à la toux ; le sommet gauche de teinte uniforme mais de transparence légèrement diminuée, les deux sinus sont mousses. Plusieurs examens de crachats furent négatifs. On porta le diagnostic provisoire d'induration des deux sommets.

Revu le 4 septembre 1918 on trouve un souffle bronchique sous la clavicule droite sans bruits adventices. Examen des crachats négatif. On l'envoya dans une station sanitaire ; son état se maintint satisfaisant jusqu'en février 1919 où il aurait eu une hémoptysie pour laquelle il vient consulter. On lui trouve des bruits adventices disparaissant après la toux au sommet droit.

Revient le 14 avril 1919 se plaignant d'être fatigué par son travail. L'auscultation fit entendre une diminution du murmure vésiculaire dans la moitié supérieure du poumon droit avec des craquements secs provoqués par la toux. Pas de bacilles dans l'expectoration. Il fut envoyé à La Rochefoucauld où il resta 1 mois sans incidents ni température.

Le 3 juin 1919 il revient ; son état est satisfaisant, mais il se plaint de crampes d'estomac.

Le 3 septembre 1919 il revient, ayant cessé son travail depuis 1 mois; pas de modifications de l'état pulmonaire, état général satisfaisant; pas de bacilles dans les crachats.

Le 2 janvier 1920 se plaint de douleurs du côté droit, il va passer devant une commission de réforme, aurait eu une petite hémoptysie il y a un mois. On ne lui trouve aucun signe d'évolution; pas de bacilles dans l'expectoration.

Revient le 5 janvier 1921 racontant qu'il a été réformé à 50 % et qu'on lui aurait trouvé des bacilles à La Rochefoucauld il y a un mois environ; il voudrait faire une demande pour obtenir 100 % d'invalidité. M. Rist qui l'examine ne lui trouve rien à l'examen stéthacoustique; la radioscopie montra une oblitération partielle du sinus costo-diaphragmatique gauche avec conservation de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques. Thorax large, transparent de haut en bas. Les crachats ne contenaient pas de bacilles. Dans le service du D^r Bourgeois on lui trouve de la rhino-pharyngite. Le malade s'est bien porté depuis.

Le malade a eu des épisodes de bronchite. Les légers signes stéthacoustiques et radiologiques que l'on avait noté au début se sont évanouis par la suite. Quant à l'examen positif des crachats qui aurait été fait à La Rochefoucauld nous devons le considérer comme suspect, car il aurait été fait au moment où le malade voulait obtenir 100 % qu'il n'a du reste pas pu avoir; d'autre part on n'a jamais pu trouver de bacilles au Dispensaire.

OBSERVATION XV

(N° 331 des archives de M. RIST.)

V... P..., 38 ans, typographe, a été mobilisé en août

1914 et évacué en novembre 1914 avec le diagnostic de bronchite généralisée et emphyseme pulmonaire ; il fut réformé n° 2 pour cette raison le 2 mars 1915, a passé six mois dans une station sanitaire, a toujours toussé et craché souvent des filets de sang.

Le 13 février 1916 il vient consulter au Dispensaire parce qu'il avait beaucoup maigri, se sentait fatigué, souffrait de douleurs thoraciques; il n'avait pas de fièvre. On lui trouva de la submatité du sommet gauche et des sibilances dans les deux poumons. A la radioscopie on vit des ombres hilaires larges et des condensations péri-bronchovasculaires. L'examen des crachats fut négatif. On l'envoya en station sanitaire où il resta six mois.

Revient consulter le 27 avril 1919. Depuis sept mois il a repris son travail d'imprimeur; il ressent des douleurs thoraciques. M. Rist l'examine pour la première fois et trouve de la submatité au sommet gauche, de la diminution du murmure vésiculaire avec expiration prolongée, souffle bronchique avec des râles humides et sibilants en avant et en arrière du sommet gauche. A la radioscopie on voit : ptose phrénique, cul-de-sac droit mousse, champs pulmonaires normaux. Examen des crachats négatif.

Chez le Dr Bourgeois on trouve de l'hypertrophie des cornets inférieurs, surtout du droit, et on lui fit des cautérisations. Revu le 19 décembre 1919 on ne trouve plus rien à l'examen stéthacoustique, pas de bacilles dans les crachats. Le malade travaille depuis et se porte bien.

Ce malade était simplement atteint de bronchite d'origine nasale qui a disparu par le traitement de cette affection. L'auscultation qui faisait entendre des râles avait été une cause d'erreur et les rayons X qui avaient montré des champs pulmonaires normaux avaient raison.

OBSERVATION XVI

(N° 330 des archives de M. RIST.)

R... C..., 34 ans, balayeur, n'a eu aucune maladie dans sa jeunesse; il a eu une bronchite en 1916 pendant qu'il était au front. Vient au Dispensaire le 25 février 1918 se plaignant d'amaigrissement, toux, transpiration nocturne; croit avoir de la fièvre le soir mais ne prend pas sa température. On lui trouve de la submatité et de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Pas de bacilles dans les expectorations. On l'envoie en station sanitaire où il reste deux mois. Il revient trois fois au Dispensaire du mois de juin au mois de septembre 1918 se plaignant de douleurs thoraciques, d'avoir une température de 38°,1 après la marche. Plusieurs examens de crachats sont négatifs. On l'envoie en station sanitaire. Revu le 27 août 1919 pour la première fois par M. Rist. Le malade dit qu'il tousse et crache un peu certains jours. On ne trouve pas de bacilles dans les expectorations. L'examen physique montre un bon état pulmonaire et la radioscopie fait voir une image thoracique normale. On lui conseille la reprise du travail. Revu le 26 novembre 1920. M. Rist ne lui trouve plus aucun signe stéthascoustique, ni radiologique. Il n'a pas de bacilles dans les crachats. Il a une voix rhinolalique, une déformation nasale et un pharynx rouge. Le malade a toujours travaillé depuis et se porte bien.

Le malade n'était pas tuberculeux; c'est sur des signes cliniques et quelques légers signes physiques (submatité, diminution du murmure vésiculaire) que le premier médecin qui l'avait examiné avait porté le diagnostic de tuberculose fibreuse très torpide, fermée et sans suppuration. On n'avait pas fait d'examen radiologique et ce ne fut que lorsque M. Rist examina le malade qu'une

radioscopie montra une image thoracique normale ; les signes stéthacoustiques étaient nuls et les crachats n'ont jamais contenu de bacilles.

Il résulte de l'étude que nous venons de faire au Dispensaire Léon Bourgeois, que tous les malades chez lesquels on a fait le diagnostic de tuberculose et qui ont pu être suffisamment suivis avaient des bacilles dans leurs expectorations. La recherche des bacilles n'a pu être faite chez les 22 phtisiques dont l'état réclamait un lit dans l'hôpital de leur arrondissement; cette recherche n'a pu être effectuée non plus chez les 21 malades insuffisamment examinés qui ne se sont plus présentés au Dispensaire soit pour être hospitalisés dans le service, soit pour un examen complémentaire; on n'a pas trouvé de bacilles, évidemment, chez les 13 tuberculeux guéris. Les 6 cas douteux ne sont en définitive que des malades insuffisamment examinés et dont les observations sont incomplètes. Nul doute que si l'examen de ces malades avait pu être poussé davantage nous n'eussions pu les classer dans une des rubriques de non-tuberculeux. Nous ne croyons pas que l'on puisse parler, dans ces cas, de tuberculose fermée et nous pensons qu'il s'agit plutôt de malades dont l'étude n'a pas été assez complète. Nous pouvons donc dire que l'examen méthodique et suffisant des malades tuberculeux nous a toujours permis de trouver les bacilles dans leurs expectorations, et pour conclure nous dirons que cette recherche est un sûr moyen de diagnostic.

CONCLUSIONS

1° Le Dispensaire ne peut remplir ses diverses fonctions prophylactique, médicale et sociale que s'il est avant tout un instrument de diagnostic aussi perfectionné que possible.

2° Il est impossible, à l'heure actuelle, d'arriver à faire un diagnostic exact si l'on se borne aux moyens d'exploration traditionnels (examen clinique et stéthacoustique, interrogatoire).

3° Il est indispensable de pratiquer dans tous les cas l'examen radiologique et l'examen des expectorations.

4° L'examen des voies aériennes supérieures par un spécialiste compétent n'est pas moins indispensable.

5° Le diagnostic ne doit pas se poser entre ces deux termes : tuberculose ou non tuberculose ; il doit viser à établir un diagnostic exact et précis, quelle que soit la maladie dont est atteint le consultant.

6° L'examen stéthacoustique et l'examen radiologique conduisent à faire admettre ou à faire rejeter l'existence d'une lésion pulmonaire. Sur la nature de cette lésion ils ne peuvent donner que des probabilités insuffisantes.

7° La constatation du bacille dans les expectorations peut seule faire d'un diagnostic de probabilité un diagnostic de certitude. Si l'on applique dans un Dispensaire une méthode rigoureuse d'examen et de diagnostic, on constate que le nombre des cas que l'on peut qualifier de tuberculose active fermée est d'autant plus petit que les examens physiques et bactériologiques ont été plus méthodiques et plus persévérants. Dans un Dispensaire fonctionnant avec précision, le pourcentage des cas de tuberculose fermée tombe au voisinage de zéro.

Vu: Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
BERNARD.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris
